

ANEXO NO. 10-88-25-01-2022
SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS
CONDICIONES PARTICULARES

Nombre del contratante: BANCO DE DESARROLLO RURAL, S.A. Y EMPRESAS AFILIADAS
Dirección: AVENIDA REFORMA, 9-30, ZONA 9, GUATEMALA, GUATEMALA
No. de Póliza: 10-88-25
Vigencia de la póliza: 01/04/2022 AL 31/03/2023

Para ser adheridas y formar parte de la Póliza No. **88-25** emitida a favor de **BANCO DE DESARROLLO RURAL, S.A. Y EMPRESAS AFILIADAS** por **Aseguradora Rural, S.A.**, en adelante “La Compañía”, asegurando a los colaboradores que trabajan activamente a tiempo completo para **BANCO DE DESARROLLO RURAL, S.A. Y EMPRESAS AFILIADAS** que suministren a La Compañía evidencias satisfactorias de asegurabilidad y que hayan sido formalmente incluidos en la póliza, por medio de los procedimientos que esta póliza establece.

1. VIGENCIA

La vigencia y renovación de la presente póliza entra en vigor a partir del **01 de abril de 2022** a las 00:00 horas y sus efectos durarán un año, finalizando el día **31 de Marzo de 2023**, a las 24:00 horas, pudiéndose renovar mediante solicitud escrita del Contratante y la aceptación por parte de la Compañía a través de la emisión del Anexo de Renovación correspondiente.

2. PAGO DE PRIMAS

Las primas correspondientes a esta póliza, serán pagadas por el Contratante, en las oficinas centrales de la Compañía Aseguradora. La prima que debe pagarse por los beneficios proporcionados por esta póliza se determinará multiplicando el número de participantes en cada tipo de clasificación por la tarifa correspondiente, el total de las sumas así calculadas constituirá la prima. La Compañía Aseguradora podrá variar dichas primas en cualquier momento en que se modifique alguna de las coberturas o anexos.

3. ELEGIBILIDAD Y PAGO DE PRIMA

GRUPO ASEGURADO

Todos son colaboradores activamente trabajando a tiempo completo para BANCO DE DESARROLLO RURAL, S.A. Y EMPRESAS AFILIADAS, menores de 70 años de edad para el Seguro de Gastos Médicos, que hayan suministrado evidencias satisfactorias de asegurabilidad y que hayan sido aprobados por la Compañía Aseguradora.

GASTOS MÉDICOS	TIPO DE CONTRIBUCIÓN	ELEGIBILIDAD
Empleados titulares	Contributivo	Inmediata
Dependientes	Contributivo	

4. CONDICIONES DEL PROGRAMA DE SEGURO

LÍMITES DE EDAD

Los límites de edad que aplican para el ingreso a la póliza, y para el fin de beneficios, son los siguientes:

	Titular	Cónyuge	Hijos
Edad mínima de ingreso a la póliza	18 años	18 años	14 días
Edad máxima de ingreso a la póliza	64 años	64 años	20 años
Edad de finalización de beneficios en póliza	70 años	70 años	21 años

NUEVOS INGRESOS

Los colaboradores que llenen los requisitos establecidos en esta póliza, podrán ingresar al grupo asegurado con posterioridad a la fecha de emisión o renovación de la misma. Al solicitar su inclusión a la póliza, cada colaborador y sus dependientes, deberán completar el formulario consentimiento, que será evaluado y aprobado por la Compañía Aseguradora.

BAJAS DE ASEGURADOS

Los colaboradores asegurados que se separen definitivamente del grupo asegurado, dejan de estar amparados por esta póliza desde el momento mismo de dicha separación y como consecuencia, automáticamente el certificado de seguro emitido a su favor queda sin ningún valor.

PERÍODO DE CARENIA DE BENEFICIOS POR PREEXISTENCIA

La exclusión a padecimientos preexistentes no será aplicable después del número de días de cobertura continua sin incurrir en gastos médicos por tales incapacidades, indicado en la carátula de la póliza y cuadro de beneficios, siempre y cuando los padecimientos preexistentes o congénitos hayan sido declarados previa a la entrada en vigencia de la cobertura correspondiente y no le hayan sido excluidos expresamente de tal cobertura.

5. CONDICIONES PARTICULARES

- MG08* Beneficio de fisioterapia aplica por evento, hasta el monto máximo indicado en el cuadro de beneficios. (Aplica por sistema de utilización de pago directo y reembolso convencional).
- MG09* Los honorarios por servicios privados de enfermería, fuera del hospital, serán cubiertos cuando sean suministrados por una enfermera graduada que no tenga ninguna clase de parentesco con el asegurado ni resida en el hogar del mismo asegurado, siempre y cuando sea a consecuencia de una incapacidad por la cual el asegurado se encontrase recluso y durante su reclusión el médico tratante recomendar la asistencia de una enfermera especial. Beneficio de enfermera privada en domicilio siempre y cuando sea por prescripción médica, y se cubrirá hasta el máximo de 30 días por evento (aplica únicamente bajo el sistema de reembolso convencional sujeto a las condiciones de deducible y coaseguro establecidas para cada plan).
- MG10* Beneficio de cuarto y alimento diario aplica únicamente en habitación semiprivada.
- MG11* Beneficio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) aplica un máximo de 10 días por evento. Posterior a este límite de días, la Compañía Aseguradora seguirá cubriendo a un máximo de cuarto y alimento diario hasta agotar su Máximo Vitalicio, los excedentes serán cubiertos por el asegurado.
- MG12* El beneficio de control de niño sano incluye el control de pediatría preventiva para los hijos dependientes asegurados, hasta el cumplimiento de los 5 años de edad, y cubre las siguientes vacunas: BCG, Hexavalente (Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Poliomielitis), Sarampión, Paperas, Rubéola y Rotavirus. Monto anual (Año póliza) para el plan A Q.5,000.00, para el plan B y para el Plan C Q.3,000.00. Consulta médica pediátrica aplica únicamente en clínicas, sanatorios y hospitales que brinden servicio de consulta externa. Aplica únicamente por reembolso convencional sujeto a las condiciones de deducible y coaseguro establecidas para cada plan.
- MG14* El beneficio de maternidad aplicará a las aseguradas titulares o a las esposas de los asegurados titulares que hayan estado incluidas ininterrumpidamente en la presente póliza en plan con dependientes por lo menos 11 meses antes de que concluya la maternidad, limitado a parto normal u operación cesárea, de acuerdo al límite indicado en el cuadro de beneficios por evento para cada plan, incluye atención ordinaria al recién nacido hasta por el monto límite indicado en el cuadro de beneficios del plan contratado. El beneficio de maternidad no aplicará a las hijas dependientes y no incluye control pre-natal y post-natal de maternidad.
- MG15: El beneficio de maternidad madre soltera, aplicará a las aseguradas titulares que hayan estado incluidas ininterrumpidamente en la presente póliza en plan sin dependientes por lo menos 11 meses antes de que concluya la maternidad, limitado a parto normal u operación cesárea, de acuerdo al límite indicado en el cuadro de beneficios por evento para cada plan, incluye atención ordinaria al recién nacido hasta por el monto límite indicado en el cuadro de beneficios del plan contratado. El beneficio de maternidad no aplicará a las hijas dependientes y no incluye control pre-natal y post-natal de maternidad.

- MG17* Servicio de ambulancia terrestre dentro de la República de Guatemala, aplican las siguientes condiciones: Que sea una ambulancia legalmente autorizada, para el transporte al hospital local, siempre y cuando no exceda el límite establecido en el cuadro de beneficios. Cuando el asegurado se vea imposibilitado para trasladarse por sus propios medios desde el sitio donde se encuentra al lugar donde se le va a proporcionar la atención médica para el padecimiento reclamado, siempre y cuando sea consecuencia de una emergencia médica y dentro de los límites de la República de Guatemala. En la Ciudad capital de Guatemala aplica únicamente bajo el sistema de pago directo por medio de los proveedores afiliados a la red (sujeto a condiciones de copago). En el área departamental y municipios restantes aplica únicamente bajo el sistema de reembolso convencional (sujeto a las condiciones de deducible y coaseguro del plan contratado).
- MG18* SIDA Quedará cubierto hasta un máximo porcentual del máximo vitalicio contratado según se especifica en el cuadro de beneficios. (Sujeto al máximo vitalicio disponible al momento del diagnóstico).
- MG21* Gastos de complicaciones al recién nacido por enfermedad congénita o adquirida después del nacimiento y antes de que el recién nacido salga del hospital después del parto, siempre y cuando el beneficio de maternidad sea cubierto bajo la presente póliza y limitado a un máximo de Q 50,000.00 para el plan A, a un máximo de Q.25,000.00 para el plan B y a un máximo de Q.15,000.00 para el plan C por persona y por maternidad. Este beneficio no implica la aceptación automática por parte de la compañía del (los) dependiente (s) recién nacidos.
- Complicaciones del embarazo: Se cubrirán los gastos por tratamiento médico o procedimiento terapéutico por:
 - Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.
 - Los estados de fiebre puerperal.
 - Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica (enfermedad hipertensiva del embarazo).
 - Mola hidatiforme (embarazo molar).

Siempre y cuando las aseguradas titulares o esposas de los asegurados hayan estado incluidas ininterrumpidamente en la póliza por lo menos 11 meses en plan con dependientes o plan sin dependientes, contados a partir de su inclusión en la póliza, antes de la fecha de ocurrencia de dichos gastos.

Cualquier otra complicación del embarazo no mencionada en este inciso, no quedará cubierta por la póliza.

- Acompañante de niños menores de 12 años -cama extra-: Cuando un dependiente asegurado, hijo menor de doce años se encuentre hospitalizado por una incapacidad cubierta por la póliza, podrá ser acompañado por un adulto, y se cubrirá el valor de la cama extra durante el tiempo de hospitalización, sujeto a disponibilidad del hospital. Aplica únicamente en Guatemala.

- Enfermedad de Coronavirus causada por el virus SARS CoV-2 (COVID-19). El seguro de gastos médicos brindará cobertura, sujeto a las siguientes condiciones:

Aplica Cobertura:

- Pruebas de diagnóstico, en el caso de que un asegurado presente algún síntoma relacionado directamente con COVID-19 (fiebre, tos, estornudos, dolor de cabeza, dificultad para respirar, entre otros).
- Atención de emergencias y hospitalizaciones.
- Medicamentos para el tratamiento por el diagnóstico positivo de COVID-19.
- Seguimiento y asesoría médica telefónica en casos positivos Covid-19.

Nota: Todos los servicios deben ser coordinados por Cabina de Gastos Médicos al 2382-2069 / *7779 (gratis desde cualquier línea claro) con proveedores afiliados a la red.

No Aplica Cobertura:

- Cuando el asegurado no presente síntomas relacionados directamente al COVID-19 (fiebre, tos, estornudos, dolor de cabeza, dificultad para respirar entre otros.).
 - Pruebas de COVID-19 de forma preventiva.
 - Cuando la prueba de COVID-19 sea realizada como parte del protocolo del hospital.
 - Cuando la prueba de COVID-19 sea realizada para control y/o confirmar que el paciente ya no tiene la enfermedad.
- Período de carencia de beneficios para enfermedades preexistentes declaradas: 12 meses, no excluidas temporal o permanentemente de la cobertura de gastos médicos. Todas las enfermedades y/o accidentes preexistentes al inicio de la vigencia de los beneficios de cada uno de los asegurados, quedan excluidas de los beneficios de la póliza de gastos médicos por 12 meses, siempre y cuando hayan sido declaradas al solicitar su ingreso a la póliza y no hayan sido excluidas de la cobertura de gastos médicos por la compañía aseguradora.
 - Preexistencia es una enfermedad, accidente, o secuelas de las mismas que se hubieren originado antes de la fecha de comienzo de la póliza, independientemente que el asegurado haya tenido o no conocimiento del padecimiento de la misma; o de que dicha enfermedad haya sido diagnosticada o no. Se considerará preexistente, cualquier enfermedad o padecimiento:
 - ✓ Que haya sido declarado antes de la celebración del contrato y/o
 - ✓ Que en un expediente médico se determine su existencia a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado con anterioridad a la fecha de celebración del contrato y/o
 - ✓ Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico y/o

- ✓ Por el que previamente a la fecha de celebración del contrato, el asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
- ✓ Enfermedades/Padecimientos congénitos.

- **Períodos de espera**

Se cubrirán los siguientes gastos originados por padecimientos, cuyo primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 12 meses de vigencia continua, contados a partir de la inclusión del asegurado afectado. Los gastos por tratamiento médico o procedimiento terapéutico por accidente o enfermedad de:

- ✓ Padecimientos de la vesícula y vías biliares.
- ✓ Padecimientos ginecológicos y del aparato reproductor femenino.
- ✓ Tratamientos de endometriosis que no estén relacionados con la esterilidad.
- ✓ Insuficiencia venosa, varicocele y varices de miembros inferiores, miomas.
- ✓ Padecimiento de la columna vertebral.
- ✓ Tratamientos de litiasis renal y en vías urinarias.
- ✓ Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- ✓ Nariz o senos paranasales.
- ✓ Padecimientos de glándulas mamarias. En caso de fibrosis quística mamaria o cualquier otra afección tumoral. Tumores mamarias (benignas y/o malignas).
- ✓ Amigdalitis y adenoiditis.
- ✓ Hernias de cualquier tipo (incluyendo las de disco), eventraciones. Cuando sea de columna vertebral inclusive extrusión y protusión.
- ✓ Cataratas, se considerará como un solo evento las cataratas que se presenten en ambos ojos siempre y cuando el tiempo transcurrido entre la cirugía de uno y otro no sea mayor a 12 meses.
- ✓ SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, siempre y cuando no haya sido detectado antes o durante este periodo, es decir el SIDA deberá ser diagnosticado positivo a los estudios serológicos y confirmado una vez que se ha cubierto el periodo de espera ya mencionado. Asimismo, no se cubrirán durante el mismo lapso, los estudios de diagnóstico para la detección de este padecimiento.

El período de espera es de doce (12) meses continuos contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, período durante el cual los gastos incurridos por un asegurado por cualquiera de los conceptos antes mencionados no se considerarán como gastos cubiertos para los efectos de la presente póliza.

- Todas las edades (edad mínima de ingreso, edad máxima de ingreso, edad de reducción de beneficios y edad de fin de beneficios) se calcularán el día en que el asegurado y/o sus dependientes cumplan la edad límite establecida.
- El límite territorial de cobertura para el plan A es Mundial, para el plan B es únicamente en Centroamérica y para el plan C es únicamente Guatemala.
- Beneficio Máximo Vitalicio es la cantidad máxima que la compañía aseguradora llegará a reembolsar por gastos médicos elegibles e incurridos por un asegurado durante el tiempo que esté cubierto bajo la póliza y éste se irá agotando conforme se vayan reembolsando los gastos médicos incurridos.
- Aplica reducción automática de beneficio máximo vitalicio al cumplimiento de los 65 años a Q.400,000.00 para el plan A, Q 200,000.00 para el Plan B y Q.150,000.00 para el Plan C. Si al cumplimiento de la edad de reducción (65 años), el máximo vitalicio disponible del asegurado es menor al monto al cual se reduce, no se realizará ninguna modificación.
- Países que se incluyen como dentro de Centroamérica: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica.
- Son elegibles para este seguro los colaboradores y sus dependientes que residan permanentemente en la República de Guatemala.
- RUA: Razonable, usual y acostumbrado.
- Para todos aquellos asegurados titulares y dependientes vigentes hasta el 31 de marzo 2022 en la póliza 10-85-6 y 12, se trasladan con continuidad de cobertura a la póliza 10-88-25, el traslado de póliza no implica restablecimiento de suma asegurada.

Exclusiones adicionales a las indicadas en las Condiciones Generales del Seguro Colectivo de Gastos Médicos:

- ✓ Epidemias, pandemias, polución ni enfermedades o accidentes originados por causas y/o catástrofes naturales declaradas oficialmente por las autoridades de Salud del país.
- ✓ Lesiones que el asegurado sufra en motín, huelgas, conmoción civil, terrorismo y energía nuclear.
- ✓ Lesiones que sufra el asegurado a consecuencia de la práctica de paracaidismo.
- ✓ Todo tratamiento relacionado directa o indirectamente con menopausia y andropausia.
- ✓ Todos los gastos por tratamiento médico y/o quirúrgico prestados al asegurado como consecuencia de: trastorno de sueño, trastornos del sueño, talla corta, acné, así como cualquier otra manifestación y/o complicación derivada de estas.
- ✓ La cirugía maxilofacial en general, la cirugía ortognática para el tratamiento de las hiperplasia, hipoplasia, del maxilar superior e inferior, la disfunción de la articulación temporomandibular así como todas las anomalías congénitas hereditarias o adquiridas durante el crecimiento.
- ✓ Tratamientos de obesidad por sobre ingesta, control de peso, control dietético.
- ✓ En general todos los gastos que no sean necesarios para la recuperación de la salud del asegurado.

6. CONDICIONES DE UTILIZACIÓN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

6.1 Gastos incurridos y cubiertos dentro de Guatemala

Pago Directo

Para los siguientes gastos médicos cubiertos por la póliza e incurridos por el asegurado dentro de Guatemala aplica la utilización por medio de la red de proveedores de Aseguradora Rural, bajo el sistema de pago directo.

- ✓ Gastos por laboratorios
- ✓ Gastos por compra de medicamentos
- ✓ Gastos por estudios de diagnóstico
- ✓ Consulta externa con médico general y médicos especialistas
- ✓ Emergencias y hospitalizaciones
- ✓ Fisioterapia
- ✓ Servicio de ambulancia dentro de la ciudad capital de Guatemala
- ✓ Servicio Dental (aplica a asegurados con servicio opcional contratado)

Reembolso Convencional

Para los siguientes gastos médicos cubiertos por la póliza e incurridos por el asegurado dentro de Guatemala aplica la utilización del sistema de reembolso convencional:

- ✓ Medicamentos
- ✓ Servicios de enfermera privada
- ✓ Control de niño sano
- ✓ Fisioterapia
- ✓ Ambulancia terrestre en los departamentos y municipios restantes
- ✓ Gastos por laboratorios
- ✓ Gastos por estudios de diagnóstico
- ✓ Consulta externa con médico general y médicos especialistas
- ✓ Emergencias y hospitalizaciones

Sistema de Reembolso Convencional aplicando las condiciones de deducibles y coaseguros indicadas en cada plan.

- ✓ Aplica deducible dentro de Centroamérica, por año calendario (Enero a Diciembre)
- ✓ Aplica % de coaseguro dentro de Centroamérica, por evento
- ✓ No aplica la utilización de sistema de pago directo

Deducible por año calendario: Es la cantidad mínima que un Asegurado debe incurrir por concepto de gastos médicos elegibles, durante un año calendario (Enero a Diciembre) para que los beneficios de la póliza empiecen a ser pagaderos.

Límite de coaseguro: Se refiere al desembolso máximo por concepto de coaseguro que un asegurado deberá efectuar por incapacidad por un año calendario.

6.2 Gastos incurridos y cubiertos fuera de Guatemala y dentro de Centroamérica

Para gastos médicos cubiertos por la póliza e incurridos en Centroamérica aplican las siguientes condiciones de acuerdo a lo estipulado en cada plan:

- ✓ Utilización del sistema de reembolso convencional
- ✓ Aplica deducible dentro de Centroamérica, por año calendario (Enero a Diciembre)
- ✓ Aplica % de coaseguro dentro de Centroamérica, por evento
- ✓ No aplica la utilización de sistema de pago directo.

6.3 Gastos incurridos y cubiertos fuera de Centroamérica

Para los gastos médicos cubiertos por la póliza e incurridos fuera de Centroamérica aplican las siguientes condiciones:

- ✓ Utilización del sistema de reembolso convencional
- ✓ Aplica deducible fuera de Centroamérica, por evento
- ✓ Aplica % de coaseguro fuera de Centroamérica, por evento
- ✓ No aplica la utilización de sistema de pago directo, a excepción de hospitalizaciones programadas y emergencias en Estados Unidos previa autorización de cobertura por parte de la Compañía Aseguradora y en coordinación con Olympus Managed Health Care.

Deducible por evento: Es la cantidad mínima que un Asegurado debe incurrir por concepto de gastos médicos elegibles en cada evento, para que los beneficios de la póliza empiecen a ser pagaderos. Este deducible es independiente al deducible por año calendario.

Los gastos médicos cubiertos e incurridos fuera de Guatemala, serán reembolsados en quetzales de acuerdo al valor del cambio de la moneda en que el gasto fue incurrido en relación al dólar americano y éste en relación a la tasa del Mercado Bancario Guatemalteco existente en el día en que se incurrió el reclamo.

El deducible de la póliza será aplicable para gastos médicos incurridos en Guatemala (para los casos en donde aplique) y Centroamérica; y será multiplicado por la misma tasa del mercado bancario (la utilizada en el cálculo del ajuste) para determinar el monto del deducible aplicable exclusivamente para gastos médicos incurridos fuera de Centroamérica.

Tasa máxima de cambio Q.8.00 por \$1.00.

Límite de coaseguro: Se refiere al desembolso máximo por concepto de coaseguro que un asegurado deberá efectuar por incapacidad por un año calendario.

6.4 Servicio de Pago Directo en Guatemala

Aseguradora Rural, S.A., ofrece la opción al asegurado de utilizar los servicios de salud, mediante el sistema de proveedores afiliados, en donde las coberturas amparadas bajo la presente póliza, serán pagadas directamente a los proveedores afiliados, pagando el asegurado solamente un % del total la cuenta (según condiciones de póliza), siempre y cuando el Asegurado haya solicitado previamente la autorización médica correspondiente.

- **Amplia red de proveedores con cobertura nacional**

Contamos con una red de proveedores completa, ubicados en la ciudad capital y en los departamentos, que permitirá al asegurado contar con los servicios médicos cuando sean requeridos.

- **Cabina de autorización de servicios médicos 24 horas 365 días**

Nuestra cabina de atención a asegurados, se encuentra disponible las 24 horas 365 días, permitiendo realizar el proceso de autorización de servicios médicos en cualquier momento.

6.5 Condiciones para utilizar servicio de pago directo en Guatemala (asegurado titular, cónyuge e hijos)

- ✓ Médicos, hospitales, farmacias, laboratorios, centros de diagnóstico y proveedores de servicios de ambulancia deben estar afiliados a la red de proveedores.
- ✓ Servicios médicos deben ser autorizados por Cabina de Gastos Médicos.
- ✓ Compra de medicamentos, laboratorios, estudios de diagnóstico, emergencias, hospitalización de emergencia y programada, consultas con médicos, servicio de ambulancia dentro de la ciudad capital de Guatemala, aplican únicamente por medio de pago directo. Se procede a aclarar que para estos casos no aplica reembolso.
- ✓ Aplica copago y % de participación a cargo del asegurado (coaseguro) según condiciones establecidas en póliza.
- ✓ Aplican 8 consultas para asegurado sin dependientes al año, y 14 consultas para asegurado con dependientes al año, para consultas con médicos especialistas (excepto Pediatra y Ginecólogo).
- ✓ Consulta médica telefónica llamando a Cabina de Gastos Médicos *7779 desde líneas claro.

6.6 Procedimiento para utilizar servicios médicos

Consulta externa

- ✓ El asegurado se comunica a Cabina de Gastos Médicos marcando *7779 (gratis desde cualquier línea claro) o al 2382-2069, para coordinar la cita con el médico.
- ✓ El asegurado debe cancelar el copago correspondiente, después de haber recibido la atención médica.

Compra de medicamentos

- ✓ Asegurado solicita al médico afiliado que complete, firme y selle el formulario en la sección 2. Asegurado completa la sección 1.
- ✓ Envía formulario completo a Cabina de Gastos Médicos por correo electrónico a autorizaciones.cabina@aseguradorarural.com.gt.
- ✓ Cabina de Gastos Médicos se comunicará con el asegurado para confirmar la recepción del formulario.
- ✓ Al recibir la autorización de Cabina, el asegurado presenta en farmacia receta original de medicamentos, autorización, carnet del seguro y documento de identificación.
- ✓ Después de recibir los medicamentos autorizados, debe cancelar el monto correspondiente al porcentaje de coseguro, de acuerdo a condiciones de póliza.

Laboratorios y estudios de diagnóstico

- ✓ Asegurado solicita al médico afiliado que complete, selle y firme formulario en la sección 2. Asegurado debe completar la sección 1.
- ✓ Envía formulario completo a Cabina de Gastos Médicos por correo electrónico a autorizaciones.cabina@aseguradorarural.com.gt.
- ✓ Cabina de Gastos Médicos se comunicará con el asegurado para confirmar la recepción del formulario.
- ✓ Al recibir la autorización de Cabina, el asegurado puede presentarse al Laboratorio o Centro de Diagnóstico presenta formulario original de orden de exámenes, autorización, carnet del seguro y documento de identificación.
- ✓ Previo a la realización de los exámenes autorizados, en el laboratorio se debe cancelar el monto correspondiente al porcentaje de coseguro, de acuerdo a condiciones de póliza.

Procedimiento Emergencias y Hospitalizaciones

Emergencias

- ✓ Al ingresar al hospital, el asegurado presenta su carnet de seguro y documento de identificación.

- ✓ Hospital completa formulario y se comunicará a Cabina para confirmar cobertura.
- ✓ Al egreso de emergencia Asegurado cancela el valor de copago y % participación del asegurado (según hospital).

Hospitalizaciones Programadas

- ✓ Asegurado solicita al médico afiliado que complete, firme y selle el formulario en la sección 2 y 3.
- ✓ Envía formulario completo a Cabina de Gastos Médicos por correo electrónico a autorizaciones.cabina@aseguradorarural.com.gt.
- ✓ Cabina de Gastos Médicos se comunicará con el asegurado para confirmar la recepción del formulario.
- ✓ Al recibir la autorización y de acuerdo a la fecha programada del procedimiento el asegurado puede presentarse al Hospital indicado en el formulario.
- ✓ Presenta formulario original de Solicitud de Autorización Hospitalaria, autorización, carnet del seguro y documento de identificación.
- ✓ Al egreso debe cancelar el valor de copago de acuerdo a los días de hospitalización, y/o un porcentaje del total de la cuenta de acuerdo a las condiciones de la póliza y al hospital afiliado seleccionado.

Coaseguros y Copagos (participación a cargo del asegurado)
Hospitalizaciones, Emergencias y Procedimientos Ambulatorios

Hospitalización y Emergencias	Plan A	Plan B	Plan C
Copago y Coaseguro a cargo del Asegurado	Hospitales Tipo A		
Participación del Asegurado	30% Coaseguro + Copago		No Aplica Cobertura en Hospitales Tipo A
Copago en Emergencia	Q450.00	Q550.00	
Copago 1-3 días de hospitalización	Q550.00	Q650.00	
Copago 4-7 días de hospitalización	Q900.00	Q1,000.00	
Copago 8 días de hospitalización en adelante	Q1,550.00	Q1,650.00	
	Hospitales Tipo B		
Participación del Asegurado	20% Coaseguro + Copago		
Copago en Emergencia	Q350.00	Q450.00	Q450.00
Copago 1-3 días de hospitalización	Q450.00	Q550.00	Q550.00
Copago 4-7 días de hospitalización	Q800.00	Q900.00	Q900.00
Copago 8 días de hospitalización en adelante	Q1,350.00	Q1,450.00	Q1,450.00

Participación del Asegurado en Procedimientos Ambulatorios
Realizados en Clínicas

	Plan A	Plan B	Plan C
% de Participación del asegurado	20% Coaseguro	20% Coaseguro	20% Coaseguro

Tratamientos ambulatorios
(Laboratorios, Medicamentos, Consulta Externa, Fisioterapia, Ambulancia))

PLAN A, B Y C	
COASEGURO A CARGO DEL ASEGURADO	LABORATORIOS
% participación del asegurado	20% (exámenes de laboratorios y estudios de diagnóstico)
COASEGURO A CARGO DEL ASEGURADO	MEDICAMENTOS
% participación del asegurado	45% (compra de medicamentos)
COASEGURO A CARGO DEL ASEGURADO	CONSULTA EXTERNA
Consultas médicas, aplican 08 consultas para plan sin dependientes y 14 consultas para plan con dependientes al año, y aplica por consulta.	Q.40.00 de copago por consulta
COASEGURO A CARGO DEL ASEGURADO	FISIOTERAPIA
Por evento, hasta el monto máximo indicado en el cuadro de beneficios.	20%
COPAGO A CARGO DEL ASEGURADO	AMBULANCIA
Por servicio	Q.100.00

Todos los demás términos y condiciones de la póliza siguen vigentes sin ningún cambio.

Guatemala, 01 de Abril de 2022.




Vo. Bo. Aseguradora Rural, S.A.

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

CONDICIONES GENERALES

1. CONTRATO

La solicitud de seguro, la carátula de la póliza, estas condiciones generales, el Consentimiento-Certificado Individual, el registro de asegurados y cualquier anexo que se adhiera a la póliza forman parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A. y El Contratante. El Contratante, al recibir esta póliza, debe cerciorarse que concuerde con la solicitud presentada a La Compañía.

2. ESTIPULACION LEGAL

La presente póliza estará sujeta a lo que establece el artículo 673 del Código de Comercio, que por mandato legal se transcribe a continuación:

***“ARTÍCULO 673”.** Contratos mediante pólizas. En los contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.*

Si dentro de los quince días siguientes, el contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último”.

3. DEFINICIONES

1. **Accidente.** Se entenderá por accidente, toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el Asegurado, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa.
2. **Asegurado Principal.** Es la persona que, siendo directamente miembro del grupo asegurado, firma como responsable, en el Consentimiento-Certificado Individual.
3. **Asegurados.** Son el Asegurado Principal y sus dependientes elegibles amparados por las coberturas de esta Póliza.
4. **Año Calendario.** Es el período comprendido entre el uno (1) de enero y el treinta y uno (31) de diciembre de cualquier año, ambas inclusive.
5. **Consentimiento-Certificado Individual.** Es el documento por medio del cual las personas del grupo asegurable solicitan adherirse al seguro colectivo, que además constituye constancia emitida por la aseguradora de su inclusión en el seguro; contiene las condiciones particulares del asegurado y las principales condiciones generales de la póliza de seguro. Este documento puede ser sustituido por un Consentimiento y un Certificado Individual de forma independiente, por lo que cuando en la póliza se lea Consentimiento-Certificado Individual puede referirse al Consentimiento o al Certificado Individual o a ambos documentos, según corresponda.

- 6. Contratante.** Es la persona individual o jurídica que solicita el seguro y es responsable ante La Compañía de recaudar y pagar la prima del seguro en su totalidad.
- 7. Participación del Asegurado.** Porcentaje a cargo del Asegurado que se aplica al monto total de gastos cubiertos en exceso del deducible para cada reclamación hasta el límite establecido en el Consentimiento-Certificado Individual. Dicho porcentaje queda indicado en el Consentimiento-Certificado Individual.
- 8. Deducible.** Es la cantidad fija establecida en el Consentimiento-Certificado Individual, que será cubierta por cada Asegurado. A partir de esta cantidad La Compañía cubrirá los gastos incurridos objetos del seguro. Este desembolso puede ser en forma anual o por evento.
 - a) Deducible anual. Este desembolso se hará en forma anual, por cada año de vigencia de la póliza y por cada Asegurado, independientemente del número de reclamaciones que se presenten durante el año.
 - b) Deducible por evento. Este desembolso se hará por cada reclamación que se presente en la vigencia contratada.
- 9. Dependientes elegibles.** Se entenderá por dependientes al cónyuge del Principal y los hijos hasta los dieciocho (18) años y en el caso en que los hijos sean estudiantes, solteros y sin remuneración hasta los veintiún (21) años de edad.
- 10. Enfermedad.** Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo. Son materia de esta póliza sólo las enfermedades que merecen tratamiento médico o quirúrgico. Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad.
- 11. Emergencia médica.** Se considera emergencia médica, cuando un padecimiento o accidente cubierto por la póliza, pone en peligro la vida o la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado, por lo cual, requiere atención médica inmediata e ingresa por el área de urgencias de un hospital dentro de las primeras 24 horas de ocurrido dicho padecimiento o accidente.
- 12. Gasto médico razonable y acostumbrado.** Es el costo acostumbrado del tratamiento o intervención que se realice, de acuerdo al tabulador de honorarios médicos del país donde se recibió la atención médica. En relación al pago de honorarios médicos por atención en el extranjero, estos se efectuarán en base al costo razonable y acostumbrado del tratamiento o intervención que se realice de acuerdo al tabulador del país donde recibió la atención médica. En caso de no existir el costo razonable y acostumbrado, los pagos se efectuarán en base al catálogo de médicos en convenio con La Compañía de los hospitales de mayor categoría en la plaza.
- 13. Honorarios médicos.** Para esta póliza, es aquella remuneración que obtiene el profesional médico legalmente autorizado por los servicios que presta a los Asegurados.

- 14. Hospitalización.** Para efectos de esta póliza, es la estancia continua en un hospital o sanatorio, siempre y cuando se haya comprobado y justificado para el padecimiento; dicho período empezará a correr en el momento en que El Asegurado ingrese como paciente interno.
- 15. Hospitalización de emergencia.** Significa una hospitalización que es necesaria como consecuencia de un accidente grave o del surgimiento de una condición que pone en peligro la vida del Asegurado, y la cual requiere atención médica o tratamiento quirúrgico inmediatos para evitar la pérdida de la vida o un daño permanente a los órganos o sistemas del organismo.
- 16. Hospitalización planificada.** Hospitalización que ha sido programada con anticipación por un médico legalmente autorizado para una fecha fijada en el futuro.
- 17. La Compañía:** Aseguradora Rural, S.A.
- 18. Límite de la participación.** Es el límite máximo que pagará el Asegurado por cada padecimiento cubierto. Dicho monto está indicado en el Consentimiento-Certificado individual.
- 19. Máximo Vitalicio.** Suma total de dinero que será pagada por cada Asegurado bajo esta póliza durante la vigencia inicial y todas las renovaciones subsecuentes de la póliza.
- 20. Padecimiento congénito.** Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del nacimiento o después de varios años.
- 21. Padecimiento preexistente.** Es aquel que:
- a) Sus síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza.
 - b) Se haya efectuado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido.
 - c) Sus síntomas y/o signos son aparentes a la vista o que no pudieron pasar desapercibidos.
- 22. Período al descubierto.** Es el lapso otorgado por la Compañía en el cual la póliza no está pagada, inicia al día siguiente de finalizado el período de gracia para el pago de primas y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada. No procederá el pago de reclamaciones por accidentes o enfermedades cuyos síntomas y signos se hayan manifestado durante ese período; ni como pago directo ni como reembolso.
- 23. Período de espera.** Es el período de tiempo establecido en la póliza, a partir de la contratación del seguro, durante el cual la Aseguradora no cubre los gastos por la atención o tratamiento médico de ciertas enfermedades o padecimientos.
- 24. Autorización para cirugías programadas y/o tratamientos médicos.** Servicio mediante el cual el Asegurado recibe, previo a su intervención quirúrgica, hospitalización, cirugía ambulatoria y/o tratamiento médico, la autorización para el pago directo al prestador de los servicios afiliado, en los términos de la Póliza.

- 25. Segunda opinión médica.** En caso de que el médico tratante recomiende tratamiento quirúrgico, el Asegurado podrá pedir una segunda opinión médica con un médico distinto. Los gastos erogados por este concepto serán cubiertos por La Compañía.
- 26. Trasplante.** Es el procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, efectuado durante el período de vigencia de esta póliza, mediante el cual se trasplanta en el cuerpo de un asegurado tejido proveniente de la médula ósea facilitado por un donante o por el mismo recipiente; o cualquiera de los órganos (o parte de uno de ellos), que hayan sido recibidos de un donante fallecido o vivo.

4. CONDICIONES

- 1. Objeto del seguro.** La Compañía pagará los gastos médicos cubiertos incurridos que sean necesarios y acostumbrados, a consecuencia de una lesión corporal accidental o por tratamiento médico de una enfermedad, siempre y cuando no estén expresamente excluidos en este contrato. Los beneficios amparados en esta póliza son los estipulados en estas condiciones generales.
- 2. Vigencia de la Póliza.** La vigencia será de un año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la póliza.
- 3. Vigencia del Consentimiento-Certificado Individual.** La vigencia inicia en la fecha de inicio de vigencia del Consentimiento-Certificado Individual y termina en la fecha fin de vigencia de la póliza.
- 4. Renovación.** Este seguro se considerará renovado por períodos de un año, si dentro de los últimos treinta (30) días calendario de vigencia de cada período alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito de su voluntad de no renovarla. El pago de la prima acreditada, mediante la factura emitida en las formas usuales de La Compañía, se tendrá como prueba suficiente de la renovación.
- 5. Avisos y notificaciones.** Toda notificación a La Compañía deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio social que consta en la carátula de la póliza.
- 6. Omisiones o inexactas declaraciones.** El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a La Compañía de acuerdo con el Consentimiento-Certificado Individual, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como lo conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.
La omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refiere el párrafo anterior facultará a La Compañía a aplicar los artículos 908 al 910 del Código de Comercio de Guatemala.
- 7. Moneda.** Tanto el pago de la prima como la indemnización a que dé lugar esta Póliza, son liquidables en la moneda en que fue contratada la misma.

8. Solución de conflicto entre las partes. Cualquier diferencia que pudiera surgir, agotada la vía conciliatoria, se resolverá, a elección del Asegurado o del beneficiario, acudiendo a los tribunales competentes del Departamento de Guatemala o por medio de un procedimiento arbitral, de conformidad con la Ley de Arbitraje y el Reglamento de Arbitraje del Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Guatemala, CENAC, observándose las siguientes reglas:

Si el conflicto se fundase en la aplicación, interpretación y/o el cumplimiento del contrato, el asunto será sometido a Arbitraje de Derecho y si es en relación con el monto de la indemnización, será sometido a Arbitraje de Equidad.

9. Terminación del Seguro. La Póliza terminará automáticamente cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- a)** El seguro correspondiente a cualquier Asegurado y su cónyuge cubierto terminará automáticamente en el aniversario de la póliza inmediato posterior a que éste cumpla la edad de sesenta y cinco (65) años.
- b)** Cuando el Asegurado principal pierda la relación o vínculo con el contratante, los beneficios del seguro terminarán tanto para el Asegurado como para sus dependientes.
- c)** El seguro correspondiente a los hijos dependientes del Asegurado terminará automáticamente en el aniversario de la póliza inmediato posterior a que éstos cumplan la edad de dieciocho (18) años, o en el caso de que sean estudiantes y no tengan un trabajo remunerado, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a que cumplan veintiún (21) años de edad.
- d)** Por falta de pago de la prima, después del período de gracia y después del período al descubierto.
- e)** Cuando un dependiente elegible pierda su calidad de tal. En este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente para la persona que pierde su calidad de dependiente económico, de acuerdo a los términos de este contrato.

10. Prescripción. Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos (2) años, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

5. LA PRIMA

1. Prima. La prima neta total de la póliza es la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de iniciación de la póliza y la edad alcanzada de cada Asegurado. En cada renovación o inclusión de Asegurados, la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los mismos, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha.

En caso de siniestro, La Compañía podrá deducir de la indemnización debida el total de la prima pendiente de pago o de la fracción de ésta no liquidada del Consentimiento-Certificado Individual, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

Las primas vencidas se pagarán en las oficinas de La Compañía contra factura que otorgue la misma.

2. Forma de Pago. La forma de pago de las primas es anual, sin embargo, el Contratante podrá solicitar el pago fraccionado de las mismas, de forma semestral, trimestral o mensual.

3. Período de gracia para el pago de primas. El Contratante gozará de un período de gracia de treinta (30) días calendario el cual iniciará a contar a partir de la fecha de vencimiento del pago para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato. A las veinticuatro horas del último día del período de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la fracción pactada.

Si durante el período de gracia se produce algún siniestro la Compañía efectuará pago por accidentes o padecimientos cuyos síntomas o signos se presenten en dicho lapso. Si pasado el período de gracia, de treinta (30) días, no se efectúa el pago de prima, la Compañía no efectuará pago alguno por accidentes o padecimientos cuyos síntomas o signos se presenten a partir de este período de gracia.

4. Rehabilitación. El Contratante podrá rehabilitar su póliza al efectuar durante los treinta (30) días calendario siguientes de terminado el período de gracia el pago de la prima correspondiente. Y para tal efecto es necesario que:

4.1 El Asegurado Principal o El Contratante lo solicite por escrito a la Compañía.

4.2 Cumplan los requisitos que establezca la Compañía para ser asegurado de nuevo.

6. EL CONTRATANTE Y SUS OBLIGACIONES

Puede ser Contratante la persona individual o jurídica, capaz de celebrar la contratación de la Póliza con la aceptación de los componentes del Grupo Asegurado. La solicitud que ha servido de base para expedir la presente Póliza, ha sido suscrita por El Contratante.

Son obligaciones del Contratante:

- a)** Recaudar y pagar en las oficinas centrales de La Compañía, la prima de la Póliza.
- b)** Informar por escrito a La Compañía, adjuntando los documentos del caso en cuanto a:
 - 1.** Nuevos ingresos al grupo, con su respectivo Consentimiento-Certificado Individual.
 - 2.** Separaciones definitivas del grupo.
 - 3.** Cualquier situación de los asegurados que afecte alguna de las cláusulas de la Póliza.
 - 4.** Propuesta de modificación de las sumas aseguradas, a reserva de lo que La Compañía decida al respecto.
- c)** Dar a conocer a las personas que se aseguren, la necesidad de declarar exactamente la edad.

El Contratante que concluya sus obligaciones para con el Grupo Asegurado, debe notificarlo por escrito a La Compañía, en un término que no exceda de ocho (8) días, desde la fecha en que finalizaron sus obligaciones. La Compañía podrá decidir a su juicio, la rescisión de la Póliza durante los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de haber recibido la notificación y sus obligaciones terminarán treinta (30) días calendario después de haber sido notificada la rescisión al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará al Contratante, la parte proporcional de la prima pagada que pudiera resultar no devengada.

7. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Se entenderá por gastos médicos cubiertos aquéllos que efectúe el Asegurado y/o sus Dependientes elegibles en el territorio establecido en el Consentimiento-Certificado Individual por los servicios y/o materiales médicos requeridos para la atención de cualquier accidente o enfermedad cubierta que, por indicación de un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión sean necesarios para el tratamiento del Asegurado.

En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos aquéllos que no sean razonablemente necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado, o que sean cargados por personas o instituciones que por su naturaleza o relación con el Asegurado y/o Dependientes elegibles no acostumbren o deban hacer tales cargos. Tampoco se pagará gasto alguno en exceso de la cantidad que usualmente se cobra por el servicio o medicamento de que se trate. Se considera que un gasto cubierto está incurrido en la fecha de suministro del servicio o de la compra de medicinas.

Los gastos médicos cubiertos son, y hasta los límites y máximos estipulados en la Carátula de la Póliza y el Consentimiento-Certificado Individual:

1. Habitación y alimentos, suministrados por un hospital.
2. Cama extra para un acompañante del Asegurado solamente para la cobertura en el territorio centroamericano.
3. Pago de honorarios por intervención quirúrgica, aplica en cirujanos.
4. Los honorarios de anestesista, primer ayudante y segundo ayudante, cuando sea necesario, hasta por un 30%, 20%, y 10% de los honorarios del cirujano respectivamente.
5. Gastos erogados a solicitud del Asegurado para una segunda opinión médica, en caso de que el médico tratante recomiende tratamiento quirúrgico.
6. Para la cobertura en el territorio Centroamericano: consultas médicas en el hospital, consultorio o en el domicilio del Asegurado limitado a diez consultas anuales durante la vigencia del presente contrato. Aquéllas que se requieran adicionalmente de acuerdo al padecimiento, serán con previa autorización del médico designado por La Compañía. Para el plan mundial la consulta al especialista será reconocida siempre y cuando dicha consulta haya sido ordenada por anticipado por el médico de cabecera.
7. Terapia radioactiva y quimioterapia, fisioterapia y otros semejantes excluyendo los demás de carácter psicológico o psiquiátrico.
8. Medicamentos consumidos por el Asegurado en el hospital y los adquiridos fuera de él, siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y se presente la nota de la farmacia acompañada de la receta médica correspondiente.
9. Exámenes de alergias.
10. Servicio de ambulancia terrestre dentro del territorio nacional por cualquier urgencia médica y facilidades quirúrgicas ambulatorias.
11. Compra o renta de aparatos ortopédicos y prótesis que se requieran a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta, ocurrido durante la vigencia de la póliza. Queda excluida la reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha del accidente o enfermedad.
12. Trasplante de órganos.
13. Gastos originados de las siguientes complicaciones del embarazo y parto de la Asegurada Principal o Cónyuge:

- a) Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.
 - b) Los estados de fiebre puerperal.
 - c) Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica.
 - d) Mola hidatiforme (embarazo molar).
- Cualquier otra complicación del embarazo no mencionada en este inciso no quedará cubierta.
- 14. Servicios generales de enfermería dentro y fuera del hospital.
 - 15. Inhaloterapia en caso de estar incluida en los gastos hospitalarios; terapia ocupacional y física cuando sea suministrada por un hospital.
 - 16. Transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros hemodiálisis y otras sustancias semejantes.
 - 17. Sala de operaciones, de terapia intensiva o intermedia, de terapia coronaria, de recuperación o de curaciones.
 - 18. Análisis de laboratorio y patología, diagnóstico de Rayos X, electrocardiogramas, isótopos radioactivos, electroencefalogramas, exámenes de diagnóstico, de gabinete o de cualquier otro indispensable para el tratamiento y diagnóstico provocado por un accidente o enfermedad cubierta.
 - 19. Gastos originados por consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones.
 - 20. Enfermedades y anomalías congénitas de los Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza.
 - 21. Maternidad, con un período de espera de once (11) meses, para Aseguradas Principales y cónyuges dependientes del Asegurado Principal limitado a parto normal u operación cesárea y atención a recién nacidos. Quedarán cubiertos los gastos que se eroguen a partir del nacimiento del nuevo Asegurado dependiente.
 - 22. Cirugía ortopédica.
 - 23. Aparato para el funcionamiento artificial del corazón y riñones.
 - 24. Servicio de cuarto de emergencia dentro de las setenta y dos (72) horas después de haber ocurrido un accidente o emergencia médica.
 - 25. Tratamientos médicos o quirúrgicos por padecimientos de los Asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se haya notificado a La Compañía sobre el nacimiento, a más tardar a los treinta (30) días calendario de ocurrido el hecho.
 - 26. Cuando efectuado un procedimiento quirúrgico, otro sea necesario incidentalmente y deba ser practicado a través de la misma incisión, o en el mismo orificio natural del cuerpo, o en el mismo campo operatorio, el pago será únicamente por el procedimiento mayor. Cuando ocurran dos cirugías en un mismo tiempo quirúrgico y diferente área anatómica, la segunda se pagará al 50% de su costo habitual.
 - 27. Tratamientos médicos o quirúrgicos por padecimientos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta.
 - 28. Honorarios de médicos quiroprácticos que cuenten con cédula profesional, siempre y cuando sean recomendados por el médico tratante.
 - 29. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), quedará cubierto hasta un máximo porcentual del máximo vitalicio contratado, según se especifica en el Cuadro de Beneficios
 - 30. El control pediátrico que incluye la consulta médica al Pediatra y las vacunas.

8. EXCLUSIONES

1. Padecimientos preexistentes.
2. Tratamientos y padecimientos que resulten a consecuencia de alcoholismo o toxicomanía.
3. Lesiones que ocurran cuando el Asegurado esté bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas, enervantes, estimulantes o similares que no hayan sido prescritos por un médico y que no aparezcan como cubiertas en esta póliza.
4. Tratamientos originados por trastornos de la conducta y el aprendizaje, así como por enajenación mental, estado de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis; en general cualquier tratamiento psicológico, psíquico o psiquiátrico.
5. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales excepto cuando sean a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.
6. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierta ocurridos durante la vigencia de este seguro.
7. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis y epiqueratofaquia.
8. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up, tratamientos preventivos o en vías de experimentación.
9. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en un sanatorio u hospital, salvo cama extra en el plan centroamericano.
10. Lesiones sufridas por el Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución y rebelión.
11. Suicidio, Conato de suicidio, lesiones o mutilaciones originadas por el Asegurado, estando o no en uso de sus plenas facultades mentales.
12. Lesiones originadas por riñas o actos delictivos intencionales y sus consecuencias, en las que participe directamente el Asegurado.
13. Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier tipo.
14. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.
15. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de deportes peligrosos como: esquí, deportes aéreos, buceo, charrería, cacería, hockey, equitación, go-karts, alpinismo, montañismo, motociclismo terrestre o acuático, espeleología, rapel, tauromaquia, box, lucha libre, lucha greco romana y artes marciales.
16. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.
17. Afecciones propias del embarazo y del parto, abortos y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio que no se encuentre entre las cubiertas por esta póliza.
18. Legrado uterino cualquiera que sea su causa.
19. Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad, y sus complicaciones, inseminación artificial y/o la implantación de embriones in vitro.
20. Aparatos auditivos, lentes intraoculares, lentes de contacto y anteojos.

21. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie, la reducción de peso o la obesidad y delgadez sin causa orgánica.
22. Tratamientos médicos o quirúrgicos por malformaciones y padecimientos congénitos y sus consecuencias, de Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza.
23. Circuncisiones, cualquiera que sea su causa.
24. Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.
25. Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por acupunturistas, naturistas y vegetarianos.
26. Ambulancia aérea.
27. Tratamientos experimentales para investigación o de un valor médico dudoso que será determinado por un médico autorizado para el ejercicio de su profesión. Ejemplos de tratamientos de esta categoría son: biofeedback, acupuntura, hipnosis, terapia y análisis de pelo.
28. Tratamiento de cirugía para optar un cambio de sexo, o para mejorar o restaurar la función sexual, excepto en los casos en que dicho problema exista a consecuencia de alguna enfermedad orgánica o causada por algún accidente, en cuyo caso se cubre solo el primer tratamiento, excluyendo el reemplazo o injerto de prótesis del pene.
29. Gastos por el tratamiento de problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura, excepto los ocasionados por accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza.
30. Cargos por aires acondicionados, humidificador, purificadores de aire, botellas de agua, equipos de hospital, enemas, o equipos similares a éstos, para ser utilizados en el tratamiento del Asegurado en su casa de habitación.
31. Cargos en conexión de los gastos del síndrome cerebral resultando en casos de senilidad o deterioro cerebral.
32. Cualquier tratamiento médico o quirúrgico de hallux valgus ("juanetes").
33. Compra o renta de zapatos ortopédicos.
34. Cargos de reconstrucción de las vías nasales excepto para corregirlas en los siguientes casos, en los que quedarán cubiertas con un período de espera de doce (12) meses:
 - a) Un accidente que haya ocurrido noventa (90) días antes de la cirugía.
 - b) Remoción o tratamiento de cáncer en la nariz, sujeto a una segunda opinión médica.
 - c) Infección crónica de sinusitis, sujeto a una segunda opinión médica.
35. Lesiones resultantes de la terapia de Rayos X, radioterapia, radium e isótopos, aplicada sin la disposición o la supervisión médica correspondiente.
36. Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento que sean originados por la negligencia del propio paciente en perjuicio de su rehabilitación.
37. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este contrato.
38. Maternidad a las dependientes hijas del Asegurado Principal.

9. INDEMNIZACIONES

1. Procedimiento en caso de siniestro y pago de indemnización

- 1.1 Es obligación del Asegurado dar aviso por escrito a La Compañía en el curso de los primeros cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización.

1.2 En toda reclamación deberá comprobarse a La Compañía la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a La Compañía los formularios de declaración correspondiente, que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales y cualquier otro trámite que La Compañía juzgue necesario.

1.3 La Compañía solo pagará los honorarios de médicos y enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que no sean parientes directos del Asegurado; y los gastos de internación efectuados en sanatorios y hospitales legalmente autorizados. Previo a su intervención quirúrgica con hospitalización, cirugía ambulatoria y/o tratamiento médico, el Asegurado deberá recibir autorización de La Compañía para el pago de los mismos mediante un formulario debidamente firmado por el médico legalmente autorizado.

1.4 La Compañía no hará ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exige remuneración.

1.5 Cuando La Compañía lo considere necesario y a su costa, los Asegurados convienen en someterse a examen médico ante el médico que designe la primera, ya sea antes o después del tratamiento o intervención quirúrgica. En caso contrario, esto será causa de rechazo de la reclamación.

1.6 La Compañía podrá investigar y solicitar información a los médicos que hayan asistido a los Asegurados.

1.7 En caso de que se llegara a comprobar que para la presentación de una reclamación se utilizaron en cualquier forma informes médicos, facturas, cuentas, recetas o certificaciones fraudulentas, La Compañía quedará completamente libre de toda obligación y el Asegurado perderá todo derecho a indemnización. Adicionalmente, el Asegurado y sus dependientes, quedarán excluidos automáticamente de la póliza.

1.8 Las indemnizaciones que resulten conforme al presente contrato, serán liquidadas al Asegurado en el curso de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en que reciba La Compañía las pruebas de los derechos del reclamante y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios contratados. **1.9** Si el Asegurado se atiende con hospitales y médicos en convenio, La Compañía pagará directamente al hospital o médico con convenio el importe de los gastos erogados de acuerdo a los límites y condiciones de esta póliza.

1.10 El importe por concepto de los honorarios médico quirúrgicos serán liquidados de acuerdo al costo razonable y acostumbrado por el tipo de tratamiento efectuado en el hospital o institución donde ocurra el evento.

1.11 En caso de fallecimiento del Asegurado, cualquier beneficio pendiente que no haya sido pagado, será liquidado directamente al médico y hospital en convenio, de lo contrario La Compañía reembolsará al familiar que demuestre fehacientemente que hizo el pago a nombre del Asegurado.

1.12 La Compañía tendrá derecho siempre que lo juzgue conveniente de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con el siniestro, la reclamación o las pruebas aportadas.

2. Sistema de pago directo

Es el beneficio mediante el cual La Compañía liquidará directamente al hospital los gastos que procedan por motivo del padecimiento, accidente o enfermedad cubierto por la póliza.

Para efectos de pago directo se requiere ser atendido en hospitales bajo convenio y que se encuentre al día en el pago de sus primas de seguro.

También se podrá otorgar pago directo para cubrir honorarios médicos y laboratorios bajo convenio.

Este beneficio se otorgará bajo el siguiente procedimiento en el caso de:

A. Hospitalización programada para cirugía

Una vez que el Asegurado y su médico decidan la necesidad de ser internado, el Asegurado deberá realizar ante La Compañía, el trámite de solicitud para obtener la Solicitud de internamiento programado, a través del procedimiento siguiente:

1. Solicitar al médico tratante que justifique en su totalidad tanto el Informe médico e historia clínica, como la Solicitud de internamiento programado.
2. El Asegurado deberá llenar personalmente el formulario correspondiente de **“Aviso de accidente o enfermedad”**.
3. Anexar a la documentación citada, todos los estudios de laboratorio que sirvieron de base para elaborar el diagnóstico del padecimiento.

Toda esta documentación deberá ser entregada a la Compañía, cuando menos cinco (5) días calendario previos a la fecha programada para la hospitalización.

Si procede la petición del Asegurado, la Compañía proporcionará la **“Orden de internamiento al Hospital”** al menos cuarenta y ocho (48) horas antes del ingreso programado; de lo contrario se le notificará al Asegurado mediante una carta de rechazo dichos motivos.

B. Hospitalización de urgencia, con estancia mayor a veinticuatro (24) horas

Cuando ocurre cualquiera de estas circunstancias, La Compañía recibirá el aviso por parte del hospital o de un familiar del Asegurado vía telefónica, una vez que el paciente ya se encuentre hospitalizado. El Asegurado deberá llevar a cabo el siguiente procedimiento:

1. Al llegar al hospital acudir al departamento de admisión e identificarse con su credencial vigente de Gastos Médicos de La Compañía.
2. Verificar que el departamento de admisión haya reportado el ingreso al hospital a la Compañía, para que éste lo ponga en contacto con el médico coordinador de turno.
3. Si procede el internamiento del Asegurado, La Compañía, le entregará la **“Orden de internamiento al Hospital”** en un plazo máximo de veinticuatro (24) horas, ya sea vía fax, correo electrónico o bien a través de la visita del médico coordinador.

3. Sistema de reembolso

Es el beneficio mediante el cual La Compañía reintegrará al Asegurado los gastos que procedan, descontando deducible y la participación del Asegurado, cuando éste haya pagado directamente al prestador de servicios. Funciona para aquellos gastos cubiertos por la póliza en los que:

- a. El servicio médico se hubiere proporcionado por médicos o en hospitales que no estuvieran en convenio con La Compañía.
- b. Por la situación de internamiento, no se hubiera autorizado el pago directo.

Para hacer efectivo el reembolso, el Asegurado deberá presentar la documentación correspondiente de acuerdo al siguiente procedimiento:

- a. Deberá recabar todos los comprobantes de gastos, tales como: honorarios médicos (señalando el concepto), hospitalización, estudios de laboratorio (con la correspondiente solicitud médica del estudio), medicamentos (con su receta anexa). Todos los comprobantes deberán ser originales.
- b. Llenar debidamente el formato Aviso de accidente o enfermedad, firmado por el Asegurado. Deberá presentarse un aviso por cada accidente o enfermedad.
- c. Pedir a cada uno de los médicos que lo atendieron que llenen debidamente el formato, Informe médico e historia clínica. Deberá presentarse un informe por cada médico.
- d. Anexar a los estudios de laboratorio que le fueron practicados, cada uno de los resultados incluyendo su interpretación o diagnóstico practicado.
- e. La Compañía se reserva el derecho a solicitar cualquier información adicional que considere necesaria para evaluar adecuadamente la naturaleza del siniestro.
- f. Cuando presente gastos y exista el antecedente de un gasto procedente ya reclamado, el Asegurado deberá mencionar el número de siniestro asignado. En este caso el reembolso no tendrá la aplicación por concepto de deducible, sin embargo el Asegurado deberá pagar la participación del Asegurado contratada, cuando corresponda.

4. Otros Seguros

Si los gastos cubiertos por el Asegurado en esta póliza estuvieran amparadas en todo o en parte por otros seguros en esta u otras Compañías que cubran los mismos riesgos, en caso de reclamación las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos, los que se liquidarán en proporción a la suma asegurada de cada póliza.

5. Edad

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado y ésta estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por La Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- a. Cuando a consecuencia de la inexacta declaración de edad, se pagare una prima menor de la que correspondería, por la edad real, la obligación de La Compañía se reducirá a la que con la prima pagada hubiere podido comprar de acuerdo a la edad real, en la fecha de celebración de contrato.
- b. Si a consecuencia de la inexacta declaración de edad se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, La Compañía estará obligada a reembolsar al Asegurado el 70% de la prima en exceso que hubiere pagado en el último año de vigencia de la póliza.

10. PERÍODOS DE ESPERA

Para los beneficios mencionados a continuación se establecen los períodos de espera siguientes:

- a. **Maternidad:** Los gastos médicos por maternidad estarán cubiertos sujetos al límite establecido en el Cuadro de Beneficios. Este beneficio solo será efectivo cuando el embarazo se inicie dentro de la cobertura de póliza. El beneficio será diferido, cuando la asegurada (cónyuge del Asegurado Principal o Asegurada Principal) al salir de la cobertura del seguro y/o del grupo asegurado se encuentre embarazada, siempre y cuando haya tenido una cobertura continua de por lo menos once (11) meses bajo la presente póliza.
- b. **Trasplantes:** El período de espera, especificado en el Cuadro de Beneficios, contado a partir de la fecha de inicio de vigencia del Consentimiento-Certificado Individual. Durante este período los gastos incurridos por un Asegurado por concepto de trasplante, no se considerarán como gastos cubiertos para los efectos de la presente póliza en el caso de ocurrir cualquiera de los casos siguientes:
 1. Si la indicación médica para realizar un trasplante fue realizado por primera vez durante un período de sesenta (60) días calendario contados a partir del inicio de vigencia del Consentimiento-Certificado Individual.
 2. Si el trasplante es considerado una condición preexistente en los términos definidos en esta póliza.
- c. **Cálculos de vesícula y biliares, miomas y várices, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias de cualquier tipo (cuando sea en columna vertebral inclusive extrusión y protusión), tumoraciones mamarias (benignas y/o malignas), padecimientos de la vesícula y vías biliares, cataratas, litiasis renal y de vías urinarias:** El período de espera es de doce (12) meses continuos contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de elegibilidad, lo que ocurra de último. Durante este período los gastos incurridos por un Asegurado por cualquiera de los conceptos antes mencionados no se considerarán como gastos cubiertos para los efectos de la presente póliza.

11. MOVIMIENTOS EN LA COLECTIVIDAD ASEGURADA

a. Edades de elegibilidad

Tanto los Asegurados como los dependientes elegibles podrán ser aceptados bajo este seguro si su edad a la fecha de ingreso a la póliza es menor de sesenta y cuatro (64) años.

Para las personas que se encuentren aseguradas bajo la presente póliza, el amparo otorgado por la misma en caso de renovaciones se extenderá hasta la fecha en que cumplan sesenta y cinco (65) años de edad, quedando automáticamente excluidos en la siguiente renovación.

Los hijos dependientes elegibles, podrán ser aceptados bajo este seguro si su edad a la fecha de ingreso es menor a veintiún (21) años.

b. Altas de Asegurados

Las personas que cumplan los requisitos establecidos por la Compañía, podrán ingresar al Grupo Asegurado con posterioridad a las fechas de emisión o renovación de esta póliza, siempre que estas mantengan el vínculo o relación con el contratante. También

podrá incluirse al cónyuge y los hijos del Asegurado, mediante el pago de la prima correspondiente. La Compañía cobrará al Contratante la parte de la prima que corresponda al tiempo que falte para concluir el período asegurado.

c. Bajas de Asegurados

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejan de estar amparadas por la presente póliza desde el momento de dicha separación; quedando automáticamente sin validez alguna el Consentimiento-Certificado Individual de Seguro emitido a su favor por la Compañía. En este caso, la parte de la prima que resulte no devengada, será restituida al Contratante por la Compañía. El crédito por prima devengada, por cada miembro asegurado que cause baja, se determinará tomando en cuenta meses completos, devengando la Compañía la prima correspondiente al mes durante el cual suceda la baja. Se entiende que con la separación definitiva del Grupo Asegurado, también terminará la cobertura para su cónyuge e hijos asegurados.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. 783-2013 del 09 de agosto de 2013.

Anexo a las Condiciones Generales
Póliza de Seguro Colectivo de Gastos Médicos

Por medio del presente anexo se hace constar que:

I. Los criterios o normas para establecer la suma asegurada de esta póliza, son:

 x Categorías Rangos de Edad Otros (detallar)

II. Se efectúan las siguientes modificaciones a las cláusulas de las Condiciones Generales, que forman parte del contrato:

A. Se sustituye en la cláusula 3, las siguientes definiciones:

2. Asegurado Principal o Asegurado: Es la persona individual que a solicitud del contratante queda cubierta por un seguro colectivo, y firma como responsable en el Consentimiento-Certificado Individual.

6. Contratante: es la persona individual o jurídica que celebra y mantiene un contrato de seguro colectivo con una aseguradora, con el fin de asegurar a un grupo asegurable.

B. Se incluye en la cláusula 3. Las siguientes definiciones:

27. Grupo asegurable: es el conjunto de personas individuales que mantienen un vínculo o interés en común con el contratante, previo e independiente de la celebración del contrato de seguro.

28. Grupo asegurado: es el conjunto de personas individuales que, satisfaciendo las características del grupo asegurable, están cubiertas por un contrato de seguro colectivo.

29. Seguro Colectivo: es un contrato de seguro que proporciona cobertura a un grupo asegurado.

30. Pago contributivo: El contratante y el Asegurado Principal o Asegurado aportan la prima en la proporción convenida o el Asegurado Principal o Asegurado aporta la totalidad de la prima.

31. Pago no contributivo: El contratante aporta el total de la prima.

C. Se sustituye el texto de la cláusula 6. Por el siguiente:

6. EL CONTRATANTE Y SUS OBLIGACIONES:

Es la persona individual o jurídica que celebra y mantiene un contrato de seguro colectivo con una aseguradora, con el fin de asegurar a un grupo asegurable. La solicitud que ha servido de base para expedir la presente Póliza, ha sido suscrita por el contratante.

Son obligaciones del Contratante:

- a) Pagar a La Compañía la prima de seguro con la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
- b) Recaudar de las personas del grupo asegurado la cantidad de la prima de seguro con la que contribuyen, con la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
- c) Informar, en la forma convenida, a La Compañía:
 - 1. El ingreso al grupo asegurado de nuevas personas, adjuntando los consentimientos respectivos y demás documentación que le requiera La Compañía;
 - 2. La separación definitiva de alguna persona asegurada del grupo asegurado;
 - 3. Cualquier situación de los asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la póliza, así como las agravaciones esenciales que tenga el riesgo, que sean de su conocimiento;
 - 4. La terminación de su calidad como contratante.
 - 5. Propuesta de modificación de las sumas aseguradas, a reserva de lo que La Compañía decida al respecto.
- d) Dar a conocer a la persona que se asegure, la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- e) Entregar el Consentimiento-Certificado Individual a cada persona del grupo asegurado y, en su caso, la constancia de contratación del seguro, por el medio convenido.
- f) No efectuar cargos adicionales al asegurado sobre la prima fijada por La Compañía.

D. Se incluyen las siguientes cláusulas:

12. CLÁUSULA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA:

No obstante el término de vigencia del contrato, el Contratante podrá dar por terminado el contrato anticipadamente sin expresión de causa, con quince días de aviso previo dado a la contraparte. La Compañía reembolsará al Contratante o al Asegurado Principal o

Asegurado en misma la proporción que cada uno contribuya, la parte de la prima pagada que pudiera resultar no devengada.

13. CLÁUSULA TERMINACIÓN DE SU CALIDAD COMO CONTRATANTE:

El contratante que concluya sus obligaciones para con el grupo asegurado, debe notificarlo por escrito a La Compañía, en un término que no exceda de 8 días, desde la fecha en que finalizaron sus obligaciones.

La Compañía podrá decidir a su juicio, y conforme a la ley, la rescisión de la Póliza durante los 30 días corridos siguientes a la fecha de haber recibido la notificación y sus obligaciones terminarán 30 días corridos después de haber sido notificada la rescisión al nuevo Contratante.

La Compañía reembolsará al Contratante o al Asegurado Principal o Asegurado en la proporción que cada uno contribuya, la parte de la prima pagada que pudiera resultar no devengada.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 705-2017 del 20 de Julio del 2017.